الفصل الرابع

علاج الوساوس والسلوك القهرى

Obessions and Compulsions Treatment

P. de Silva   پ دى سيلفا

الفصل الرابع

علاج الوساوس والسلوك القهرى

P. de Silva پ دى سيلفا

مقدمة :

شهد علاج الوساوس والسلوك القهرى تقدما ملحوظا خلال بضع عشرات السنين الحالية ، وشاع تقبل محدود لهذه الاساليب خلال فترة الستينيات (مثال ذلك Slater and Roth 1969: 135) ومن النتائج المحدوده لعلاج هذه الاضطرابات انفتح الطريق أمام توجه متفائل (Emmelkamp et al ., 1992, Greist , 1992 , Rachman and Hodgson ; 1980 , Turner and Beidel , 1988)

وقد طور علماء النفس أساليب سلوكية للتدخل فى هذه الاضطرابات ، تتسم بالفعالية المتزايده والصقل ، وقاموا باستخدامها وأصبح من الشائع فى الممارسات المعتادة الآن تحويل مرضى الوساوس القهرية إلى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين لعلاجهم من صعوباتهم .

العلاج النفسى (1)

يرى علم النفس الدينامى أن الوساوس والسلوك القهرى ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ ، إضافة إلى بعض العناصر الأخرى المكبوتة بالصورة نفسها ، التى توجد عليها الاعراض العصابية . وحيث يجد الفرد طريقة أمنه نسبيا للتعبير عن الأفكار والمشاعر المكبوتة من خلال وساوسه وسلوكه القهرى . وتعد خبرات الفرد خلال ما يطلق عليه اسم المرحلة الشرجية للأرتقاء مهمة على وجه الخصوص فى نشأة هذه الأعراض خلال المراحل المتأخرة من العمر (انظر على سبيل المثال Fenichel 1946) ويهدف العلاج النفسى للكشف عن الظواهر اللاشعورية بهدف ابراز الصراعات وأشكال القلق . ولم تكن نتائج هذا العلاج ، الذى عاده ما يكون مستهلكا للوقت ، مُرضية بصفة عامة بالنسبة لأى اضطراب عصابى (Eysenck , 1952) وهناك الكثير من المشكلات المتعلقة بتقييم نتائج العلاج النفسى ، نوقشت باستفاضة فى التراث (Rachman and Wilson , 1981) واحدى هذه المشكلات هى ما إذا كانت إجراءات العلاج تؤدى إلى نتائج أفضل من معدلات التحسن التلقائى الذى يحدث للمرضى، ويؤدى هذا الأمر على وجه الخصوص إلى صعوبة تقييم حالات العلاج ، التى جرت على مدى فترة زمنية طويلة . ونتائج العلاج النفسى لمشكلات الوسواس القهرى غير ناجحة أو فعالة (Cawley , 1974) واقتباساً من أحد أصحاب المراجعات الحديثة فإن « العلاج الدينامى التقليدى لا يعد علاجا فعالا للوساوس أو طقوس المرضى ، الذين يستوفون معايير تشخيص الوسواس القهرى .. ولا توجد تقارير فى تراث الطب النفسى المعاصر لمرضى توقفوا عن طقوسهم ، عندما عولجوا بهذه الأساليب وحدها (Jenike , 1990 : 295)

---

(1) Psychotherapy

(2) Psychosurgery

الجراحة النفسية (٢)

شكل آخر شائع من العلاج لهذه الاضطرابات هو الجراحة النفسية ، ويستحق الأمر الإشارة إلى أن ما يحدث فى الجراحة النفسية ليس إجراءً واحداً موحداً ، بل إجراءات متعددة بما فى ذلك جراحة الفص الجبهى المعيارية (١) المعتادة ، والفص المجهري المعدلة (٢) ، وجراحة تنبيه الجهاز الطرفي المخي(٣). وهناك إشارات (Rachman , 1980 ; Rachman and Hudgson , 1980) إلى انه لا يوجد تفسير منطقى قدم لإيضاح لماذا يتوقع من جراحة المخ مساعدة هؤلاء المرضى ، وبالنظر إلى البيانات التجريبية فإن المراجعات الخاصة بالعلاج بالجراحة النفسية لمرضى الوسواس القهرى تشير إلى أن النتائج فى أفضل الحالات غير واضحة (Rachman , 1980 ; O'callaghan and Carroll ,1982)، كما لا يوجد دليل واضح على أن هذا الشكل العنيف والبتار من العلاج أكثر فعالية فى علاج الوساوس مقارنة بأقل أساليب التدخل العلاجى النفسى . إن الادعاء بأن هذا العلاج له دور فى السيطرة على حالات عدم التفاعل المزمنة ، انما جاء من جانب بعض الممارسين (مثال ذلك : Chiocca and Martuza 1990; Cobb and Kelly , 1990) . ويجب النظر للجراحة النفسية حتى باعتبارها الملجأ الأخير فى العلاج بحذر شديد .

العلاج الدوائى (٤)

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن العلاج الدوائى ذو قيمة كبيرة فى اضطرابات الوسواس القهرى ، وعلى الرغم من أن العقاقير المضادة للقلق والمهدئات الكبرى توصف أحياناً فى هذه الحالات إلا أنها لا تحقق فائدة حقيقية ، ومن ناحية أخرى غالباً ماتوصف العقاقير المضادة للاكتئاب ، وقد سجلت بالنسبة لها درجات متفاوتة من النجاح (Cobb , 1992; Goodman et al ., 1992) ومن الواضح أنه فى حالة تزامن الاكتئاب مع الوساوس ، يصبح لهذه العقاقير دور تقوم به فى تحسين الحالة المزاجية للمريض (انظر مناقشة الاكتئاب فى الفصل التالى) .

وقد ظهرت حديثاً دعاوى حول تأثير بعض الأنواع الخاصة من الأدوية المضادة للاكتئاب على الوسواس القهرى ، وهى عبارة عن مستحضرات تعمل على كف السيروتونين فى المخ (مثال ذلك Insel,1990) ويُظهر فحص التراث المتنامى حول هذه القضايا أن بعض مرضى الوسواس القهرى يستفيدون بالتأكيد من هذه العلاجات . ومع ذلك فما أن يوقف الدواء حتى تميل الأعراض إلى العودة (مثال ذلك Pato et al . 1988) بالإضافة إلى ما لها من آثار جانبية غير سارة ، ويعتقد الكثير من الأطباء النفسيين إن استخدام مثل هذه المضادات للاكتئاب مع العلاج السلوكى يعد طريقة فعالة فى علاج هؤلاء المرضى (مثال ذلك Greist , 1992) ، أما استخدامها بمفردها فلا يكون مؤثراً بالقدر الذى يحدثه العلاج السلوكى . ومما يستحق الإشارة ان هناك بحوثا جارية فى هذا المجال ، وأن الموضوع يحتاج لأن يظل قيد المراجعة .

العلاج السلوكى (٥)

العلاج الفعال لمرضى الوسواس القهرية هو العلاج السلوكى . وقد أدت الاعمال المبكرة

---

(1) Leucotomy .
(2) Modified leucotomy .
(3) Stereotatic limbic .
(4)Pharmacological Treament .
(5)Behavioural Treatment .

لولبه) (1985) Wolpe وماير (1966) Mayer إلى تطوير مجموعة من الأساليب ، التى استخدمت بقدر كبير من النجاح وأظهرت أنها أكثر فعالية من أساليب العلاج ، التى استخدمت قبل التقدم الذى أحرزاه .
(Foa and Tillmanns , 1980 ; Foa et al. , 1985 ; Mayer et al. , 1974 ; Minichiello , 1990 ; Rachman and Hudgson , 1980 ; Turner and Beidel , 1988)

وتتحدد استراتيجيات العلاج ،التى يتعين استخدامها أثناء الممارسة الأكلينيكية من خلال طبيعة المشكلة الأساسية أو المهيمنة ، وكما تبين من الفصل الثالث فإن الأحداث التى تشكل خبرة وسواسية قهرية كثيرة ويمكن أن تظهر فى تشكيلات متباينة ، ويعتمد القرار الخاص بأى سياسة علاجية نوعية يتعين استخدامها ، اعتمادا كبيرا على أى هذه الأحداث هو المهيمن ، وكيف يتدخل فى أداء الفرد .

علاج السلوك القهرى الصريح (1)

مثال من وساوس الاغتسال والتنظيف

تتكون أفضل طـــريقة لعلاج أولئك الذين تكون مشـــكلاتهم الاساسية ، عبارة عن أفعـــال قـــهرية صريحة ، مثل من لديهم طقوس الاغتســال والتنظيف ، من مجموعة من الإجراءات ، هى: التعرض(2) والنمذجة (3) وكف الاستجابة (4) (Foa and Tillmanns , 1980; Foa et al. , 1985; Meyer et al ., 1974; Rachman and Hudgson , 1980 ; Turner and Beidel , 1988)

عناصر العلاج

يشير التعرض إلى عملية تعرض المريض للمنبهات أو المواقف التى تستثير الحاجة القهرية ، وبالتالى فإن شخصا ما تكون طقوسه قائمة على الاعتقاد أنه سيكون ملوثا ،عندما يلمس أوعية القمامة وارضية المطبخ سيطلب منه أن يلمس هذه الأشياء لمسا كاملا مرارا وتكرارا . وقد يبدو هذا بمثابة عملاً مبالغًا فيه ، ولكنه مفيد من حيث انه عادة ما يستثير السلوك القهرى ، من خلال مشاعر قوية من عدم الراحة ، وتشير النمذجة إلى قيام المعالج بنفسه بعرض السلوك ، الذى طلب من المريض أن يقوم به ، وذلك بلمس وعاء القمامة مثلا ، وهو يقوم بذلك بطريقة هادئة ومضبوطة دون أى بادره من القلق . كما أنه ينمذج طريقة تعامله مع هذا التعرض ، دون عجلة للاغتسال أو التنظيف . ويتعين الإشارة إلى أن النمذجة السلبية ، والتى يقوم المريض فيها بمجرد الملاحظة لا تعد إجراءً مفيداً فى علاج هؤلاء المرضى . إن المطلوب هو المشاركة فى النمذجة ، حيث يقوم المعالج بالعمل نفسه إلى جانب المريض ، ويجب ملاحظة أنه بينما تعد النمذجة إجراءً ميسراً بشكل واضح للعلاج ، إلا انها لا تعد أساسية فى كل الحالات . ويتطلب منع الأستجابة من المفحوص ان يمتنع عن ممارسة سلوكه القهرى المعتاد ، فبعد لمس وعاء القمامة مثلاً قد يقوم المريض على الفور بالاغتسال بقدر كبير من الماء حتى يتخلص من التلوث ، إلا أن هذا يُمنع بشكل حاسم ربما لعدة ساعات أو حتى لعدة أيام إذا كان ذلك ممكناً .

---

(1) Overt Compulsions
(2) Exposure .
(3) Modelling .
(4) Response Prevention .

والتعرض ومنع الاستجابة من بين هذه الأساليب الثلاثة هما العنصران الجوهريان فى العلاج . وللنمذجة استخدامات واضحة كإستراتيجية اضافية ، ومن المؤكد أنها تفيد فى إقناع الكثير من المرضى بالمشاركة فى ممارسة السلوك ، الذى يترددون فى القيام به .

الأساس المنطقى .

يُستمد الأساس المنطقى لهذه الحزمة العلاجية المقننة من كل من دراسات الحيوان والبحوث الاكلينيكية / التجريبية . وقد تبين أن الصد الذى تتعرض له استجابة التجنب يؤدى إلى خفض هذه الاستجابات فى دراسات الحيوان (مثال ذلك Baum , 1969 , 1970) وبالمثل أوضح مير وكلى Maier and Klee (1945) ومير Maier (1949) كيف أن توجيه الفئران يدويا نحو موقف سبق تجنبه ، كان ناجحاً فى إلغاء الاستجابات النمطية المستقرة . وكان استخدام ماير لهذا الشكل من العلاج يعتمد على افتراض أن إطالة فترة الامتناع عن الطقس ستؤدى إلى تغييرات فى توقعات المريض وبالتالى فى قوة الحاح القيام بالطقس (Meyer , 1966) ، وقد اظهرت سلسلة من الدراسات ، أجريت فى مستشفى المودزلى الأتى :

١ - يشعر المريض بالوساوس القهرية النمطية من أصحاب الخبرات الطقسية بعدم الراحة والإلحاح القوى لممارسة طقوسه ، عندما يستثار بالتعرض للمنبه أو الموقف المثير .

٢ - عندما ينخرط المريض فى السلوك القهرى مثل غسل اليدين ، فإن عدم الراحة ينخفض .

٣ - وعلى الرغم من ذلك ، فعندما تستثار مشاعر عدم الراحة والحاح الانخراط فى السلوك القهرى، مع منع المريض من القيام بالاستجابة فإنهما يظلان ، ولكن بدرجة أكثر بطؤاً .

ويمكن النظر لهذا التضاؤل التلقائى لشدة الإلحاح القهرى ومشاعر عدم الراحة المصاحبة باعتبارهما حجر الزاوية لأسلوب العلاج بمنع الإستجابة (Rachman et al. , 1967) ؛ حيث يتكون تأثير تراكمى خلال الجلسات المتكررة ، يؤدى إلى انخفاض تدريجى فى الإحساس بعدم الراحة وإلحاح الانغماس فى السلوك القهرى . وما يبدوا أكثر وضوحاً ، هو تبدد سريع التعاظم لهذه الأعراض (Likierman and Rachman , 1980) .

تطبيق العلاج

حتى يمكن تطبيق هذه الحزمة العلاجية ، على المعالج أن يحصل على فكرة واضحة عن المنبهات أو المؤشرات التى تستثير السلوك القهرى ، ويوفر تقييماً شاملاً لأعراض المريض هذه المعلومات (أنظر الفصل الثالث) ، ويتعين إعداد قائمة متدرجة لهذه المنبهات والمواقف (انظر جدول ١ - ٤) ويبدأ العلاج بتقديم شرح كامل لمنطق العلاج وتوضيح المتطلبات التى يجب على المريض الوفاء بها ، كما يتعين عدم إنكار الصعوبات التى قد يعانيها فى الامتثال لهذه الإجراءات ، غير أنه يجب تشجيعه ومساندته للمضى قدماً فى العلاج ، ويستحيل علاج مريض رغم إرادته .

شرح منطق العلاج

كيف يمكن شرح منطق العلاج للمريض ؟ من المفيد التأكيد أن مشكلات المريض عبارة عن نمط سلوكى متعلم ، ويجب شرح العلاقة بين ظهور عدم الراحة الناشئ عن المنبهات المثيرة للمشكلة والسلوك القهرى ، وذلك باستخدام أمثلة من حالة المريض نفسه ، مثال ذلك :

« كما لاحظت بنفسك فإنك عندما تلمس النقود تشعر أنك اتسخت ، وتشعر بالتالى أنك قلق للغاية ، وتشعر بالطبع – بحاجة قوية لغسل يديك ، وهو ما تفعله على الفور ، ويساعدك ذلك فى وقته ، إلا أنه يقوى الرابطة بين لمس النقود وعملية غسيل اليدين ، أليس كذلك ؟ فالغسل يشعرك بالراحة وبالتالى فأنت تريد أن تغسل يديك كل مرة تلمس فيها نقوداً .

ويجب بعد ذلك تفسير كيف يهدف العلاج كسر هذه الرابطة.

« يهدف برنامج العلاج كسر هذه الرابطة ، ولهذا نريد منك لمس النقود والأشياء الأخرى المثيرة لكربك ، ولكن دون أن تغتسل ربما لعدة ساعات ، ستشعر بالطبع أنك شديد الاتساخ وشديد القلق، ولكن بعد مضى وقت قليل ستبدأ فى الشعور أنك أفضل . ومن المهم أن نقوم بذلك بهذه الطريقة ، وعلى مدى عدة أيام ستكون قادراً على كسر الرابطة بين النقود والاغتسال ، وسنساعدك فى ذلك بقدر ما نستطيع ، وسألمس معك النقود ، وسأبقى دون غسل يداى بقدر ما ستفعل.

تعرض متدرج أم سريع ؟

لا توجد حاجة ، على عكس ما يحدث فى التسكين المنظم ، للعمل تدريجياً بدءاً من المواقف الأقل إثارة للقلق إلى المواقف الأكثر إثارة فى سلسلة من الخطوات المتدرجة ، وعلى الرغم من توصية بعض الخبراء بذلك (مثال ذلك : Foa and Tillmanns , 1980) ، فمن المناسب التركيز على عناصر الموقف المرصودة فى رأس القائمة ، ثم التقدم نحو العناصر الأقل إثارة للقلق كجزء من تعميم التدريب .

ويوضح جدول (١ – ٤) مثالاً للمواقف المتدرجة ، التى عولجت بتركيز على البنود المبينة فى أعلى الجدول أولاً ، وحيث كان المريض شابا لديه طقوس اغتسال زائدة من شعوره بالتلوث من الكلاب .

وقد عرض المريض فى هذا المثال للمواقف الأربعة الأولى ، خلال الجزء الأول من العلاج ، وعممت المكتسبات على البنود التالية فى هذه القائمة المتدرجة ، دون كثير من الجهد الإضافى .

ويبدو من الضرورى ، من ناحية أخرى ، بدء العمل من مستوى أدنى قليلاً فى هذا التدرج ، إذا كان المريض غير قادر على التعاون فى برنامج يبدأ بموقف شديد الاثارة للقلق ، وفى مجال الممارسة تكون أفضل سياسة هى البدء بأعلى مستوى يريد المفحوص محاولته .

جدول (١–٤) : القائمة المتدرجة لمنبهات تستثير السلوك القهري للاغتسال لدي مريض

البنود	تقدير عدم الراحة من صفر الى ١٠٠
١ – لمس كلب بكلتا اليدين	١٠٠
٢ – لمس وعاء أكل فيه كلب	٩٠
٣ – لمس قطعة قماش لمسها كلب	٨٠
٤ – السير حافى القدمين فى مكان سار فيه كلب من قبل	٧٥
٥ – ارتداء قميص سبق ارتداءه أثناء العبور قرب كلب	٦٥
٦ – الإمساك بيد شخص قام بإطعام كلب	٥٠
٧ – لمس ملابس شخص مجهول فى المستشفى	٥٠
٨ – العبور أمام أوعية القمامة أثناء السير فى أقسام المستشفى	٤٠
٩ – السير فى الشوارع خلال ساعات الذروة المرورية	٣٠

بعض قضايا منع الاستجابة

يعد منع الاستجابة أهم جوانب هذه الحزمة العلاجية من المنظور العملى ، وهو يتطلب إشرافًا مباشراً ولصيقًا بالمريض لمدة ساعتين إلى ثلاث ساعات ، بل ولمدة أربع وعشرين ساعة فى بعض البرامج (مثال ذلك :Sturgis and Meyer , 1981) . ومن ناحية أخرى فإن مريضاً ذا دافعية جيدة والتزام واضح بالعلاج يمكن توقع تعاونه تمامًا ، بحيث لا يصبح هذا الإشراف ضرورياً دائماً (Emmelkamp , 1982) ومن المهم مناقشة الصعوبات التى تسببها هذه المرحلة من العلاج مع المريض ، مثال ذلك قد يقوم المريض بطقس مختصر وغير ملحوظ ؛ لكى يحصل على الراحة أو قد يبقى المريض ممتنعًا عن الاستجابة فترة طويلة نسبياً ، مضمراً فى نفسه أنه سينغمس فى طقوسه فى نهاية الأمر . ومثل هذه الذرائع ليست غير معتادة ، ويحتاج المعالج لمناقشتها مع المريض ومناقشة كيفية السيطرة عليها (de Silva and Rach- man , 1992) ومن الضرورى أيضاً ملاحظة أنه بينما يكون الامتناع عن الاستجابة نوعيًا ومحدوداً بفترة زمنية قصيرة فى بعض البرامج ، من ذلك الحالة التى يُعرّض فيها المريض للموضوعات الملوثة ، ثم لا يسمح له بعد ذلك بالنظافة أو الاغتسال لفترة محدودة بنحو ساعتين أو أكثر . فإن الاستجابة فى بعض البرامج الأخرى تكون عامة وغير محددة الوقت نسبيا ، مثال ذلك عندما يمنع المريض من الانخراط فى أى من الموضوعات المستهدفة ، على امتداد فترة العلاج المكثف بكاملها .

مثال ذلك البرنامج الذى تصفه « فوا وتليمانز » Foa and Tillmanns ؛ حيث يمنع الاغتسال بكل أنواعه ، فيما عدا الحصول على دش تحت المراقبة يليه اعادة التعرض للتلوث ، وذلك خلال المرحلة الأولى من العلاج (انظر أيضاً : Foa and Goldstein , 1978) . وبصفة عامة يبدو هذا الأسلوب الأخير مرغوبًا أكثر ، ولكنه يتطلب قدراً كبيراً من دافعية المريض ، وتوفر التسهيلات اللازمة للإشراف الكامل . وخلال الممارسة فإن العامل المهم فى الموقف هو منع السلوك المستهدف لفترة طويلة بالقدر الكافى لإضعاف إلحاح الانغماس فى السلوك وعدم الراحة المصاحب (Rachman et al. , 1976 ; Sturgis and Meyer , 1981) ومن هنا يصبح من المهم ملاحظة قوة الإلحاح بعناية .

بعض قضايا التعرض

قد يؤدى التعرض نفسه إلى بعض الصعوبات العملية ، فقد يقوم المريض بلمس « الجزء الآمن » من المنبه الملوث ،أو يلمسه بظهر يده فقط ، وعندما يطلب من المريض أن يحمل شيئاً ملوثًا فقد يقوم بحمله مغلفًا بعدد من المناشف ، مما يجعل هذا الشيء غير سيء تمامًا بالنسبة له . ولهذا يتعين بذل الجهد للتأكد من حدوث تعرض كامل وواحد . وأحيانا مايكون اللجوء إلى إجراء مبالغ فيه مثل اللمس الكامل لداخل وخارج وعاء القمامة ، هو الذي يضمن حدوث تعرض فعال ، وحك اليدين بشدة في الأرض عدة مرات، ثم حك اليدين الملوثتين فى الوجه أو الشعر أو الملابس بعد ذلك . واستخدام النمذجة هنا لا قيمة له. والنقطة المهمة هى ان تمرينات التعرض ستؤدى إلى درجة كبيرة من عدم الراحة ، ومستوى عالٍ وواضح من الإلحاح للسلوك القهرى . ويتعين ملاحظة أن لا تصبح العملية تعرضًا بالاسم فقط .

وكما هو الحال فى منع الإستجابة ، فإن تمرينات التعرض يمكن أيضاً أن تكون متنوعة ، فقد تكون تعرضاً للمنبه لفترة محدودة (مثال ذلك جعل المريض يلمس حيواناً يعتبره ملوثاً) ، أو قد تكون مستمرة (بجعل المريض يحمل لفافة صغيرة من شعر كلب فى جيبه طوال الوقت) . ومن الممكن تعريض

المريض لعدد من المنبهات فى الوقت الواحد ، سواء معا أو على التتالى المباشر (مثال ذلك جعل المريض يلمس كلباً ، ويحمل وعاء طعامه ، ويحك طوق الكلب حكا كاملاً بملابسه ، وأن يستخدم تليفونًا عموميًا ، وأن يمسك نقوداً من أيدى أشخاص آخرين) . وفى برنامج مكثف لمريض لديه مجموعة من المنبهات الصعبة والمعوقة ، فإن مثل هذا البرنامج للتعرض المتعدد مرغوب فيه .

التسكين

هل هناك دور للتسكين (بمعنى التعرض التدريجي مع الاسترخاء أو دونه) ؟ يمكن نظريًا علاج المريض ، الذى يتجنب منبهات معينة لخوفه أن تؤدى لعدم إحساسه بالراحة ، أو لشعوره بالقلق وقيامه بسلوك قهرى وفقًا لنموذج التسكين ، بالطريقة نفسها التى يعالج بها مريض يعانى من المخافات المرضية . والواقع أن بعض المرضى الوسواسيين ، وعلى وجه الخصوص أولئك الذين يتمثل سلوكهم القهرى فى الاغتسال ، تتضمن مشكلاتهم بالفعل عناصر فى صورة مخاوف ، وهو ما يبدو مناسبًا فى حالاتهم . وعلى أى الأحوال فلم يتضح حتى الآن أن التسكين وحده كان ذا فائدة كبيرة فى علاج الوساوس القهرية . ونتائج التقارير المتاحة مختلطة (مثال ذلك : Frust and Cooper , 1970) إلا أن اضافة طريقة منع الاستجابة إلى التسكين تؤدى لنتائج متفوقة بوضوح .

التعرض التخيلى

يستخدم بعض المعالجين التعرض التخيلى كمكون إضافى فى حزمة التعرض / منع الاستجابة (مثال ذلك : Foa and Tillmanns , 1980 ; Steketee et al., 1982) ، وقد يستخدم هذا الأسلوب فى الحالات التى يصعب فيها لأسباب عملية ترتيب مواقف تعرض حية ، كما يستخدم أيضاً كخطوة أولية فى الحزمة العلاجية ، وتوصى البحوث التى أجريت فى جامعة تمبل Temple (مثال ذلك : Foa et al ., 1980 ; Steketee et al ., 1982) بإضافة التعرض التخيلى الذى يتضمن الكوارث ، التى يعتقد المريض أنها ستحدث إذا لم يوقفها بسلوكه القهرى ، وهو ما يؤدى إلى نتائج أفضل على المدى البعيد من حزمة علاجية لاتتضمن هذه الخطوات .

علاج بعض الأشكال الأخرى من الوساوس القهرية المكشوفة

ركزنا فيما سبق إلى حد كبير على علاج المرضى ذوى الوساوس القهرية للاغتسال ، والمرضى الآخرين ممن تتضمن مشكلاتهم أشكالاً أخرى من الوساوس القهرية ، مثل أولئك الذين لديهم وساوس المراجعات (أو التحقق) ، وأصحاب الطقوس الأخرى (مثال ذلك الذين يحكمون قهريا إغلاق أى شيء غير محكم الغلق ، أو يلمسون بطريقة قهرية أركان الغرف عندما يدخلونها ، أو يقومون بسلسلة من الطقوس وفق نظام ثابت قبل تناول وجباتهم) ، ويمكن أيضاً علاج كل هؤلاء وفق الأسس السابق وصفها ، وعلى سبيل المثال يتعين أن يتضمن التعرض الجلوس الى مائدة او العمل عليها ، وحيث تكون الأشياء الموضوعة فوقها غير مرتبة ، ومن الأفضل جعل المريض يقوم بنفسه بإفساد ترتيبها ، ولا يسمح له بعدئذ بإعادة ترتيبها أو إحكامها مرة أخرى . أو يتم الإشراف على وجبات المريض ، دون السماح له بأى طقوس غير ضرورية ، ويتعين الإخلال بترتيب أى نظام محدد بصورة عمدية .

وبالنسبة للذين يقومون بالتحقق ، يصبح أسلوب التدخل العلاجى معهم هو السماح بانغماسهم فى الأنشطة التى تؤدى إلى تحققهم (مثل إغلاق الأبواب وإغلاق صمامات الغاز ، أو الأدراج) دون السماح لهم بالتحقق منها أو الإعادة عليها ، وتتخذ الخطوات لتعريض المتحققين لأغلب – إن لم يكن كل- مواقف المخاطرة ، طالما أن الحاح التحقق يميل إلى الارتباط بمشاعر المريض بالمسئولية ، وقد يكون من الضرورى خلق مواقف تجعل المريض يشعر بالمسئولية نحو أعمال معينة ، خارج نطاق مسئوليات فريق العناية (بالمستشفى) أو مسئوليات غيرهم ، ويبدو أن المتحققين يستفيدون على وجه الخصوص من التعرض التخيلى الإضافى للكوارث ، التى يعتقدون أن طقوس التحقق التى يمارسونها ستمنعها (Foa et al ., 1980 ; Steketee et al ., 1982)

خفض التجنب

يتعين أن يتضمن برنامج العلاج خفض التجنب كقاعدة عامة ، فحتى بعد علاج ناجح بالتعرض لأشياء تحتل رأس قائمة مدرج الوساوس فإن المرضى قد يظلوا جزئيًا متجنبين لعديد من المواقف كنوع من العادة ومن المفيد مساعدة المريض فى هذه المواقف ، بدلاً من توقع تعميم تلقائى للشفاء ، ودائمًا ما تكون الواجبات المنزلية التى يقوم بها المريض من تلقاء نفسه كافية ، إلا أنه يتعين عدم اعتبار ذلك أمراً مسلماً ، بل يجب دمج هذه الخطوة فى برنامج العلاج ، كما يتم بصورة نموذجية دمج الكثير من المواقف المستهدفة ذات الصلة .

والاستراتيجية العلاجية الأساسية فى الحالات التى تكون فيها المشكلة الجوهرية هى التجنب القهرى ، هى التعرض الشامل للمنبهات ، أو المواقف التى تُتجنب .

وهناك حالة لزوجة شابة تتجنب رقم أربعة (٤) فى كل أشكاله نتيجة لاعتقادها الوسواسى أن زوجها سيتعرض للأذى ، إن لم تفعل ذلك ، وهى لا تقرأ الصفحة الرابعة فى كتاب ولا تكتبها فى ورقة (وكذلك رقم أربعة عشر وأربعة وعشرين ... إلخ) ، ولا تنطق العدد أربعة أو تنظر إليه ولا تقوم بأى عمل أربع مرات ، ويمتد ذلك لكل مجالات حياتها ويحد من أدائها بشكل مأساوى ، وقد تضمن العلاج تعريضها لرقم أربعة بطرق مختلفة ، وكانت بعض هذه الطرق مستمرة ، وتم جعلها تقوم بالكثير من الانشطة اربع مرات ، وتم طلاء رقم اربعة على كل شبر من حوائط حجرتها بالمستشفى ، وحملت فى جيوبها وحقيبتها أوراق كتب على كل ورقة منها رقم أربعة وهكذا ، ولم يكن مسموحًا لها بالهرب من كل ذلك . وقد حققت شفاءً ملموساً بسرعة كبيرة .

بعض الاعتبارات العملية

كثافة العلاج

بأى قدر من الكثافة يتعين أن يكون عليه علاج هؤلاء المرضى ؟ تتضمن بعض البرامج الأكثر نجاحًا علاجًا مكثفًا للغاية ، وتصف فوا وتيلمانز Foa and Tillmanns (1980) على سبيل المثال برنامجا مثيرًا كانت جلسات العلاج خلاله يومية تقريبًا ، وعلى مدى أسبوعين خلال المراحل الأولى . ومن الواضح فى كل من التراث والخبرة الأكلينيكية أن جلسات تتم مرة كل أسبوع أو أسبوعين للمرضى الخارجيين تعد ترتيبات غير مرضية لهؤلاء المرضى (انظر بالرغم من ذلك : Emmelkamp , 1992 ; Kirk , 1983) والواقع أن العلاج المكثف قد يتطلب الإقامة فى المستشفى ، وإذا كان من الضرورى القيام بعلاج مكثف

للمرضى الخارجيين فيتعين وضع الترتيبات اللازمة لجلسات متكررة . وكذلك ترتيبات تهدف الحصول على معونة ومساندة الاشخاص الأساسيين فى حياة المريض ، مثل : الزوج أو الزوجة أو أحد الوالدين أو صديق.

اتجاهات المعالج

يتساوى فى الأهمية مع ما سبق ضرورة إظهار المعالج وغيره من المشاركين فى الموقف اتجاه متسق وحاسم ، وليس من غير المعتاد أن يريد المريض تخفيف إجراءات العلاج أو الروغان من متطلباته ، وإبداء فريق العلاج قدراً من الفهم والتعاطف ، والحسم فى الوقت نفسه أمر ضرورى ، كما أن السماح بتقديم أية تنازلات خاصة لمريض الوسواس القهرى مرة واحدة خلال البرنامج ، هو أحد الأسباب الشائعة لفشل العلاج .

وأحياناً ما يقدم المعالج والأسرة أو أيهما تنازلات على سبيل الحل الوسط ، أو باعتبارها الطريقة الوحيدة ، التى يمكن ان تؤدى إلى استمرار المريض فى العلاج ، وهو ما يؤدى فقط إلى عدم تحقيق المريض لأى تقدم أو يؤدى إلى تحسن محدود أو بطيء ، ينتهى بفقدان المريض والأسرة للدافعية والإيمان بجدوى العلاج .

وكان لدى طالبة فى السابعة عشر من عمرها وساوس قهرية ، حول التلوث من الصديق الجديد لأختها ، وكانت تتجنب أى شيء تشعر أنه لمسه وأتصل به ، وتنغمس فى الأغتسال وتنظيف نفسها بإفراط للقضاء على أى مخاوف من التلوث . وعلى الرغم من موافقتها على التعاون فى برنامج للعلاج ، فقد كانت تعترض لدى فريق المستشفى باستمرار على قسوة النظام ، وتطلب منحها تنازلات ، وكان أحد التنازلات التى قدمها الفريق نتيجة لشعورهم الواضح أنها لن تستمر فى التعاون دونه ، هو السماح لها باستخدام المناديل الورقية المبللة لتنظيف يديها ، حيث كان الاغتسال محرماً عليها ، وقد أدى ذلك بشكل حسن إلى استمرار تعاونها ، إلا أنه أفسد البرنامج بصورة حاسمة حتى أنه أصبح مجمداً .

مشاركة الأســرة

من الأمور المعتادة فى العلاج طلب معونة الأسرة أو معونة الشخصية المحورية في حياة المريض، حتى بالنسبة للمرضى المقيمين فى المستشفى . وذلك للمساعدة بقدر المستطاع فى توافق المريض بعد خروجه من المستشفى ، ويحتاج المرضى الذين يعانون من إعاقة حادة نتيجة لمشكلاتهم وقيامهم بتطوير نمط معيشى محدود أو شائه ؛ لتوطيد وإعادة تكوين أساليب أداء سوية . ومن المعتاد بالنسبة لأصحاب الاعاقات الحادة من مرضى الوساوس القهرية أن لا يتسع وقتهم غالباً للأنشطة الاجتماعية والترفيهية ، ويؤدى تحسنهم بعد العلاج لتوفر قدر كبير من وقت الفراغ لديهم الخالى من الانشطة ، ويتطلب الامر تطوير انشطة جديدة ، بل وربما نمط جدى من الحياة ، ويحتاج كل ذلك لتعاون مستمر ومساندة اولئك الذين يشاركونهم فى بيئتهم المنزلية .

الحاجة إلى منحى متسق

تبدو الحاجة ضرورية فى أى برنامج علاجى ، سواء للمرضى المقيمين فى المستشفى أو المرضى الخارجيين لوجود منحى متسق للتعامل مع المريض أو الاقتراب منه ، ومن مشكلاته من جانب كل

المشاركين ؛ فعلى سبيل المثال يحتاج كل أفراد فريق المستشفى المحيطين والمتصلين بالمريض لأن يكونوا على دراية تامة ببرنامج المريض ، وما هو المسموح به ، وما هو غير المسموح به ، وينطبق الأمر نفسه على أفراد الأسرة . من ذلك أن إحدى الخصائص الشائعة لدى مرضى الوساوس القهرية ، هو طلبهم التأييد من الأخرين (مثال ذلك أن يسألوا : هل تعتقد أننى أغلقت النافذة جيداً ؟ هل أنت متأكد أن كل شيء سيكون على مايرام ، اذا لم اغسل يداى ؟) وبقدر تقديم هذه التأكيدات للمريض بقدر ما يؤثر ذلك سلباً فى اهداف برنامج العلاج ، كما أن خفض القلق / عدم الراحة بوسائل خارجية كهذه لا يسمح بالتالى بتبديده إذا يتعين أن يكبح لدى المريض بكل الوسائل المتوافرة فى بيئته . والإجابة الجيدة لمطالب المريض هذه للحصول على تأكيدات هى أن تقال له عبارات ، مثل هذه : لقد اتفقنا على أن لا نتكلم فى هذا الأمر . أليس كذلك ؟ .

معاونة الأسـرة

ربما تكون المشكلات بالنسبة للأسرة أكثر خطورة وتعقيداً ، وعادة ما ينجح مريض الوسواس القهرى تدريجيًا فى اقرار نوع من الهيمنة على حياة كل المقيمين معه فى المنزل ، فى أمور النظافة ، وتناول الطعام ، واغلاق الابواب ، وارتداء الملابس ، وغيرها مما يتعين أن يجرى وفق رغباته ، وتقبل أساليب المريض التجنبية لبعض أشكال السلوك والمواقف ، وينحنى أمامهاأفراد الأسرة ، ولا يجرؤ أحد على تحديه أو تحديها ، وعادة ما يحدث ذلك كسلوك توافقى بعد المقاومة المبكرة وسوء التفاهم الذى يؤدى إلى المشاجرات وسورات الغضب ، كما يحدث أيضاً كنوع من التعاطف ، وتثير العجب بالفعل تلك الطريقة التى يسمح من خلالها لمريض الوسواس القهرى بالتحكم فى نمط معيشة كل أفراد الأسرة . وعلى هذا ففى العلاج وفى التأهيل التالى على العلاج ، تواجه الأسرة مهام متعددة للتأهل لحياة أكثر سواء ، ويبرهن كسر حلقة هذه الأنماط التى استقرت ، مهما كان مقدار سخافتها أو عدم معقوليتها ، على أنها بالقدر نفسه من الصعوبة لدى العائلة كما هى لدى المريض . وتكون المناقشات المشتركة مع الأسرة والمريض وجلسات التدريب مع المعالج المسئول ، إذا تطلب الأمر ذلك ، بمثابة خطوة إضافية ، ستبرهن على أن وراءها فائدة محققة .

علاج الظواهر الوسواسية المضمرة

يحتاج علاج الظواهر الوسواسية المضمرة لأن يناقش كمشكلة منفصلة ، وهو لسوء الحظ الحالة التى يكون نجاح العلاج فيها غير مثير بالقدر ، الذى نجده فى حالة الوساوس المكشوفة ، التى سبق مناقشتها .

(de Silva and Rachman , 1992 ; Rachman , 1978 ; Salkovskis and Westbrook , 1989)

الاستراتيجيات الرئيسية

الاستراتيجية العلاجية الرئيسية المستخدمة للظواهر الوسواسية المضمرة هى اعتراض الأفكار ، والتحكم فى الأفكار المصاحبة ، والكف / الإشباع .

اعتراض الافكـار

اعتراض الأفكار أسلوب سهل يدرب فيه المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوب فيها، بواسطة أمر بسيط يصدره (مثال ذلك Kirk , 1983; Stern , 1970 ; Wolpe , 1985 , 1991) وفى

المرحلة الأولى يتعين على المعالج أن يجعل المريض يجلس أو يرقد مسترخيا ، ثم يعطيه تعليمات باستحضار الأفكار موضوع المشكلة ، ويطلب منه تنبيهه لظهور الفكرة بإعطائه إشارة كأن يرفع إبهامه مثلا ، وعندما يستحضر المريض الفكرة يصيح المعالج بصوت مرتفع للغاية « توقف » ، ويمكن أن يصحب هذا الأمر منبه صوتى آخر مثل الضرب بمسطرة على المائدة ، ويكرر الإجراءات عدة مرات . وفى المرحلة التالية يتعين أن يصدر المريض بنفسه أمر التوقف ، وفى المرحلة الأخيرة التى تستغرق عادة بين ثلاث إلى أربع جلسات من العلاج يصبح الأمر الذاتى شبه لفظى ، ويوصى بعض المعالجين بإضافة منبه منفر للمريض لاستخدامه فى الأمر الذاتى بالتوقف ، وعادة ما يستخدم شريط مطاطى يحيط بالرسغ ، يتم شده وإطلاقه فى كل مرة (مثال ذلك : Bass , 1973; Mahoney , 1971) . وتتضمن الأشكال المتنوعة لإعتراض الأفكار إجراءات لتحويل الأفكار ، يدرب من خلالها المريض على طرد الأفكار غير المرغوبة وإحلال أخرى بدلاً منها ، كما يشجع المريض على التحكم فى الأفكار ، من خلال تدريبة على طرد واستعادة الأفكار موضوع المشكلة كوسيلة للتوصل إلى تحكم اختيارى فى الأفكار الدخيلة (Daniels , 1976 ; Sturgis and Meyer , 1981) ، وتبدو نتائج اعتراض الأفكار متباينة وفق ما نشر منها (مثال ذلك : Tryon , 1979 ; Stern , 1978) . ومن الواضح أن بعض المرضى يستفيدون منه ، والبعض الاخر لا يستفيد ، وتشير التقارير التى نشرها كيرك Kirk (1983) وتيرنر وزملاؤه Turner (1983) حول فائدتها إلى أنها مشجعة ، وتحتاج للمزيد من البحوث قبل التوصل لأستخلاصات حاسمة حولها .

التدريب على الاعتياد

غالباً ما تعد إجراءات الإشباع / الاعتياد نقيضاً لاعتراض الأفكار ؛ حيث يطلب فيها من المريض استحضار الفكرة ، وأن يتمسك بها دون أن يفقدها ، وأن ينشغل بالتعمق فيها (Rachman , 1976; Rachman and Hodgson, 1980) وتستمر إطالة التعرض للفكرة بهذه الطريقة لعدة دقائق فى كل مرة (Likierman and Rachman , 1982) ، كما تم استخدام أسلوب إطالة فترة التعرض لساعة أو أكثر (مثال:, Emmelkamp , 1982 ; Emmelkamp and Kwee , 1977; Gurnani and Vaughan , 1981) ويتعين أن يتم ذلك تحت شرط الاسترخاء (مثال ذلك Rachman , 1970) ، وقد يحتاج المريض للمساعدة فى استحضار الفكرة والاحتفاظ بها ، دون أن تهرب منه ، وهو ما يبدو متناقضاً مع طبيعة الأمر . ومن المساعدات المناسبة لهذا استخدام الأشارات التنبيهية اللفظية والتعرض المادى للمنبه المثير، إذا كان هناك مثل هذا المثير المادى ، وأعادة استماع المريض لشريط مسجل بصوته أو جعله يكرر كتابة الفكرة لمدة ساعة فى كل جلسة (Farkas and Beck 1981 ; Salkovskis and Westbrook , 1989)، ويتعين إضافة ملحوظة حول التمييز بين الإشباع ، والذى يستمر التعرض خلاله للفكرة ؛ حتى تصل لعدم القدرة على إثارة أى رد فعل ، وبين الاعتياد والذى يتم التعرض فيه للفكرة مرات متكررة ، ففى تدريبات الاعتياد يتعين أن يتضمن التعرض لا الفكرة وحدها فقط ، بل والتعرض لتخيلات الكوارث المترتبة عليها ، إذا كان لشيء من ذلك وجود (مثال ذلك : Crook and Charney , 1982) ، وتعد نتائج تدريبات الاشباع / الاعتياد وأساليب التعرض الأخرى مشجعة بصفة عامة . (مثال ذلك : , Parkinson and Rachman , 1980 ; Emmelkamp and Kwee , 1977 ; Rachman , 1976; Rachman and Hodgson , 1980 ; Salkovskis and Westbrook , 1989) وإن كانت غير حاسمة حتى الآن (مثال ذلك : Likerman and

Rachman , 1982). وكما هو الحال فى اعتراض الأفكار.. هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات الأكثر ضبطاً، قبل التوصل إلى نتائج قاطعة .

التعرض للمثيرات

يمكن إستخدام التعرض للمثيرات كعامل مساعد لاستدعاء الفكرة إلى عقل المريض ، كما أشرنا إلى ذلك من قبل ، أو كاستراتيجية علاجية رئيسية فى منظومة التسكين عندما يكون ذلك مناسباً . ويمكن الأخذ بهذه الأستراتيجية الأخيرة فى الحالات ، التى يوجد فيها مثير جوهرى واضح يقوم المريض بتجنبه.

التطابق بين الظواهر الاستراتيجية العلاجية

يبدو من المهم الاعتراف بأن بعض الحالات السابق عرضها باعتبارها حالات تتضمن وساوس ، بمعنى أنها دون أفعال قهرية ، قد تتضمن فى الواقع سلوكا قهريا (انظر الفصل الثالث) ، وعندما توجد هذه الحالة ، فمن الضرورى منع القيام بهذا السلوك القهري بعد التعرض للفكرة ، وعندما يكون السلوك القهرى مُضمراً تمـامًا وهو الأمر الأكثر حدوثًا ، فمـرة أخرى يصبح منع ظهوره ضرورياً . (مثال ذلك: Rachman , 1976 ; Emmelkamp and Kwee , 1977 ; de Silva and Rachman , 1992 ; Rachman and Hodgson , 1980) وهو أمر يبدو تحقيقه اكثر صعوبة من منع الطقوس العلنية حيث لا يتوافر لدى المعالج تحكم مباشر فيه أو حتى أقتراب مباشر من الظواهر موضوع المشكلة ، كما أن قدرة الفرد ذاته على التحكم فى السلوك المضمر محدوده بالمثل بالمقارنة بالسلوك المكشوف. وينطبق الأمر نفسه على الحالات التى تتضمن ببساطة سلوكا قهرياً علنياً . وبالإضافة إلى تدريب المريض على كيفية عدم الأنخراط فى السلوك القهرى المُضمر بمجرد أن يظهر الحاجة ، فقد يكون من المهم توفير قدر إضافى من المساعدة بواسطة أعطاء المريض بعض مطالب فى شكل مهام عقلية مشتتة مثلاً . وهنا يمكن أن يكون لأسلوب اعتراض الافكار دور مفيد على وجه الخصوص كأداة لأعتراض الأحداث الداخلية غير المرغوبة ،وبالتـالى ففى موقف نمطى من هذا النوع ، يتعين تعريض المريض للمثير و/ أو الوسواس ، وبذا فإن إلحاح الانخراط فى الطقوس المضمرة يستثار ، إلا أن المريض سيدرب بوضوح ويعاون على عدم القيام بها . وكان لدى أمرأة فى اواسط العمر وسواس قهرى ، عبارة عن عملية تصحيح عقلية لأى شكل تراه غير متماثل وذلك بتخيلها له فى صورة متماثلة ، وهى تفعل ذلك على الفور فى كل مرة تراه فيها أو تتذكره.

وكان هذا السلوك القهرى المضمر يحدث مراراً وتكراراً ، حتى تشعر أنها قد وضعت الشكل فى الوضع الصحيح ، وقد تضمن العلاج تعريضها لأنماط غير متماثلة ؛ حيث كانت توجه إليها التعليمات للنظر اليها بعناية ، ثم يتم أعتراض أفكارها أو صورها العقلية ، من خلال تطبيق أسلوب للاعتراض الذاتى للأفكار ، كما استخدمت معها أيضاً مشتتات هندسية .

ويمكن الزعم أنه من المتوقع الحصول على نتائج أفضل من هذه النتائج الأكلينيكية المتاحة حتى الآن ، وذلك من خلال إحداث تطابق جيد بين الاستراتيجية العلاجية ونمط المشكلة الوسواسية المضمرة (أنظر Rachman , 1982) ، وغالبًا ما يقدم التراث الأكلينيكى التجريبى وصفاً لعلاج الأفكار الوسواسية وغيرها بأستخدام أسلوب أعتراض الافكار أو التدريب على التعود .

وإذا بذل قدر من الجهد للتأكد من أن اعتراض الافكار – والذى يعد إجراءً معوقاً أو مُوقفًا للاستجابة – يستخدم فى الحالات التى تتضمن طقوساً مضمرة ، وأن التدريب على الاعتياد يستخدم فى حالات عدم الراحة الناجمة عن الوساوس ، فقد يمكن فى هذه الحالة التوصل إلى نتائج مرضية بقدر أكبر (Foa and Stektee 1979 ; Rachman , 1982) ولا يعنى هذا بالطبع إدعاء أن مثل هذا التميز والتطابق مما يسهل تحقيقه ، وإنما نقدمه هنا فقط للإشارة إلى المزايا النظرية لمثل هذا المنحى ، بالإضافة إلى أنه يتوازى مع نتائج العلاج الناجح بشكل عام للمرضى ذوى الوساوس العلنية .

مشكلة الصور العقلية

تأخذ الوساوس فى بعض الحالات شكل الصور الذهنية (انظر جدول ١ – ٣ ، ص ٦٢) وعندما تكون مشكلة المريض الرئيسية عبارة عن صوره مقتحمه ، يمكن استخدام أسلوب خاص . ومع بعض التدريب يستطيع المرء أن يتعلم كيف يتعامل ويشكل الصوره العقليــة للفرد ، وقد أظهــر الأسوياء خــلال التجارب قـدرتهم على تـدويــر وتكبير وتصغـير صورهم البصرية والتلاعب بها (مثال ذلك: Kosslyn , 1980) ويمكن تحسين هذه الإمكانية بالممارسة . وعندما يشكو مريض بالوسواس القهرى من صورة ذهنية مكررة ، يمكن تدريبه على التعامل مع الصورة بتعديلها بصور مختلفة (de silva , 1986) وكان لدى مريض صور ة ذهنية مقتحمة غير مرغوب فيها ، تتضمن وجوه كلاب ، وقد درب المريض على تصغير هذه الصورة ، وبالممارسة اكتسب القدرة على جعل الصورة أصغر وأصغر إلى أن أصبحت نقطة غير مرئية . مريض آخر كان يشكو من صورة مكررة لمنظر رعب ، ثم درب على التركيز على تفصيله طرفيه فيه ، ثم القيام بتكبيرها ، وبهذه الطريقة أصبح من الممكن جعل هذا الجزء من الصورة الذى لايستثير عدم الراحة أكبر وأكبر ، كما أصبح الجزء المثير لعدم الراحة مغموراً فى فراغ الصورة ، وغالباً ما تكون الأســاليب المشابهة فعالة نتيجة للقـدرة على التحـكم ، التى يشعر المريض أنه قـادر على استخدامها (de Silva and Rachman, 1992) .

الجوانب العملية فى العلاج

يمكن فى إطار الاعتبارات العملية فى العلاج التعامل مع ظاهرة الوساوس المضمرة لدى المرضى غير المقيمين فى المستشفى ، وذلك باستثناء الحالة التى تكون الوساوس فيها متغلغلة فى حياة المريض بالكامل ، وأدت إلى سلوك تجنبى شامل ،أو أخذت صورة هذا السلوك التجنبى . ومن الأمور ذات الأهمية فى هذا الشأن سلوك المريض الساعى للحصول على التأكيد ، فعندما تكون طبيعة التفكير هى الشك ، فقد يطلب المريض بشكل مستمر تأكيدات من أفراد الأسرة أو من المعالجين لكى يحصل على راحة وقتية ، وتتخذ الإجراءات ، فى برنامج العلاج المخطط جيداً لمنع إعطاء التأكيدات للمريض ، سواء بواسطة العائلة أو بواسطة أى من الأشخاص ، ذوى الأهمية الخاصة لديه .

علاج وساوس الابطــاء

تأتى أخيراً المجموعة الفرعية من المرضى التى ينطبق عليهم الوصف الأولى أن لديهم وساوس إبطاء (أنظر ص ٦٥) ويجب علاج هذه المجموعة بحزمة من الأساليب ، تتضمن تنظيم إيقاع السرعة والحفـز والتشكيل والنمذجة والعائد ، وتحديد الأهداف ، ثم المكافآت اللفظية كعناصر إضافية .
(Rachman , 1974 ; Rachman and Hodgson , 1980 ; Bilsbury and Morley , 1979)

ويحتاج هؤلاء المرضى لقدر كبير من العناصر العلاجية ، تقدم أساساً فى المستشفى ، بالإضافة إلى علاج منزلى ، إضافة إلى ذلك فهم يحتاجون إلى عديد من جلسات التدعيم المنتظمة ؛ حتى يمكنهم المحافظة على ما حققوه من شفاء ، وقد يكون تحسنهم بطيئاً مع فترات ممتدة ، لا تتضمن أى تحسن لبعض الوقت .

المناحى الجماعية

بينما يستخدم العلاج الجماعى فى علاج الكثير من الاضطرابات ، إلا أن استخدامه محدود بين الأخصائيين الاكلينيكيين الذين يعالجون مرضى الوساوس القهرية . وهناك بعض الدلائل الحديثة على أن المنحى الجماعى يمكن أن يكون مفيداً لكل من مرض الوساوس القهرية وأسرهم باعتباره مساندأ للعلاج الفردى . (Tynes et al ., 1992 ; Van Noppen et al ., 1991) ، أما استخدام العلاج الجماعى بديلا عن العلاج الفردى فيعد من الأمور غير المبررة .

العلاج الذاتى والتعليم

ظهرت حديثاً دعوة ترى أن الكثير من إجراءات العلاج السلوكى للوسواس القهرى يمكن للمريض أن يقوم بها بنفسه ، مع قدر قليل من مشاركة المعالج (مثال ذلك Hoogduin and Hoogduin , 1984). وفى الكثير من برامج العلاج يدعم العلاج فى العيادة من خلال جلسات علاجية أخرى ، يعقدها المريض لنفسه وأحيانًا ما تشمل أفراد الأسرة . وعلى أى الأحوال فمشكلات المريض ستظل فى حاجة لتقييمها بعناية بواسطة معالج ذو خبرة ، كما يتعين أن يكون العلاج تحت الإشراف ، وفيما عدا بعض الحالات البسيطة ، فلا ينصح بالعلاج الذاتى دون إشراف .

وعلى أى الأحوال .. فإن أحد الجوانب المهمة لأى برنامج علاجى شامل ، يتعين أن يكون تعليم المريض وأفراد الأسرة وبقية الأشخاص ذوى الأهمية الخاصة لديه كل شيء حول هذا الاضطراب ، طبيعته وعلاجه ، وإرشادهم لبعض القراءات المناسبة يعد من الأساليب المفيدة هنا ، ومن بين الكتب التى أعدت لهذا الغرض كتب دى سيلڤا ورخمان (1992) de Silva and Rachman، وفوا وويلسون Foa and Wilson (1991) وجريست Greist (1989) وماركس Marks (1978)

بعض أساليب العلاج السلوكى الأخرى

سنشير بهدف استكمال العرض باختصار إلى بعض أشكال العلاج السلوكى الأخرى ، التى تستخدم لعلاج مرضى الوساوس القهرية .

التنفير

استخدم العلاج بالتنفير بواسطة صدمات كهربائية خفيفة (مثال ذلك Kenny et al ., 1973) . كما سبق الإشارة إلى استخدام شريط مطاطى يحيط بالرسغ ، مع طريقة اعتراض الأفكار (انظر ص ٩٣) ، وهو ما يمكن اعتباره نوعًا من العلاج بالتنفير .

التخلص من المنفر

هناك أيضاً تقارير حول العلاج بالتخلص من المنفر ، وحيث تستخدم طريقة وقف المنبه المنفر مثل الصدمات الكهربائية بوصفها المتغير الأساسى ، الذى يستخدم لعقد علاقة بين السلوك المستهدف والأستجابة الانفعالية المرتبطة به عادة (مثال ذلك : Solyom , 1969) .

مراقبة الذات

تعد مراقبة الذات جانباً مهماً فى عملية التقييم ، ودائماً ما كان لها تأثير علاجى (Nay , 1979) ، وقد أظهرت قابليتها لبعض الاستخدام مع هذه المشكلات (Paquin , 1979) .

التحكم في العوامل المصاحبة

أخيراً يتعين أن يؤخذ فى الاعتبار استخدام أسلوب التحكم فى العوامل المصاحبة ، فالوساوس مثلها مثل أى سلوك آخر تقبل التحليل الوظيفى (انظر الفصل الأول) ، وعلى هذا الأساس فإن أى برنامج علاجى يمكن تخطيطه وتنفيذه فى إطار التشريط الفعال ، وبهذا يكون جوهر البرنامج هو تحديد العوامل المصاحبة التى تؤدى الى استمرار وتشجيع أشكال السلوك غير المرغوبة ، ثم إزالة هذه العوامل وتطوير وتقوية البدائل السلوكية بواسطة التدعيم (مثال ذلك : Queiroz et al ., 1981 ; Vingoe , 1980 ; Vogel et al., 1982) ودائماً ما يستخدم هذا المنحى فى الممارسة الإكلينيكية كجزء من البرنامج العلاجى الأساسى ، مثال ذلك التأكيد على عدم استجابة افراد الأسرة لمطالب المريض ذات الأساس الوسواسى ، ومن ناحية أخرى .. فإن أى منحى يعتمد كلية على التحكم فى المصاحبات القائمة بين أشكال السلوك المرضى والعوامل الخارجية لايبدو مناسباً .

العوامل التى تعزى إليها النتيجة العلاجية الضعيفة

سبق إيضاح أن الاكتئاب الحاد يمكن أن يؤدى إلى فشل العلاج السلوكى لمرضى الوساوس القهرية (Foa et al., 1983) ، ويشير ذلك إلى الحاجة لعلاج إكتئاب هؤلاء المرضى كجزء من الخدمة العلاجية الشاملة وتوصى نتائج البحوث التى ربطت بين القلق الاولى المنخفض ، والعائد الجيد للعلاج (Ibid) أن خفض القلق بواسطة أساليب كالأسترخاء يمكن أن يكون مفيداً ، وقد وجدت فوا (١٩٦٩) أيضاً أن بعض المرضى الذين يعتقدون أن وساوسهم أو معتقداتهم المتعلقة بوساوسهم واقعية (بمعنى أنهم يقيِّمون هذه المعتقدات بأكثر مما تستحق) يميلون لتحقيق نتائج علاجية ضعيفة . ودلالات نتائجها غير واضحة فى الوقت الراهن ، نتيجة لشيء مهم هو إمكانية تقييم معتقد ما على أنه اعتقاد جازم ، أو أنه جزء من مشكلات المريض ، كما أن هناك صعوبات واضحة فى عملية تحديد إذا ما كان معتقد معين لدى مريض وسواسى مبالغ فيه ام لا . فعلى سبيل المثال ما الذى يميز بين مثل هذا المعتقد وفكرة هذائية ؟ فإذا تأيدت هذه الوجهة من النظر بواسطة بحوث أكثر ، واتضحت بالقدر الكافى الذى يجعلها مفيدة ، فربما يوضع فى الاعتبار دور إضافى فى العلاج ، يختص به العلاج المعرفى .

وقدم كل من ماكفال وولرشايم (1979) Mcfall andWollersheim ، وكذلك قدم سالكوفسكيس وارڤيك (1988) Salkovskis and Warwick– وإن كان ما قدماه من وجهة نظر مختلفة – أطراً تجريبية أولية للعلاج المعرفى لاضطراب الوساوس القهرية ، وقد قدم المؤلفان الأخيران مناقشة لكيفية التعامل مع الهذاءات ذات الطبيعة المعرفية .

قبول العــلاج والامتثــال له

أحياناً ما يجد المرضى أن العلاج على درجة من الصعوبة لا يستطيعون قبولها ، وقد ذكر فريق جامعة تمبل Temple (Steketee et al ., 1982) أن ٢٥ فى المئة من المرضى ، الذين طلبوا العون من مركزهم رفضوا قبول الحزمة العلاجية المقدمة ، وقد قدمت لهم مغريات لبرنامج مخفف ، يحظى بموافقتهم

إلا أن هذا مما لا ينصح به ، فمثل هذا البرنامج يؤدى إلى الحد الأدنى من النتائج ، ويسمح التقدير الأكلينيكى الذى يقوم به المعالج بقدر معين من المرونة ، دون السماح بحلول وسطى تراجعية ، إلا أنه يتعين على المعالج - فى نهاية الأمر - أن يستخدم براعته لإغراء المرضى لقبول العلاج . وإحدى الأستراتيجيات المفيدة فى هذا أن يوفر لمثل هؤلاء المرضى الفرصة لمناقشة العلاج مع الأشخاص ، الذين سبق علاجهم بنجاح ، وحتى بعد ذلك سيظل هناك بعض المرضى ، غير القادرين على قبول ما يقدم لهم .

References

Bass, B. A. (1973) 'An unusual behavioral technique for healing obsessional ruminations', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 10: 191–2.

Baum, M. (1969) 'Extinction of an avoidance response following response prevention: some parametric investigations', *Canadian Journal of Psychiatry* 23: 1–10.

Baum, M. (1970) 'Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding)', *Psychological Bulletin* 74: 276–84.

Bilsbury, C. and Morley, S. (1979) 'Obsessional slowness: A meticulous replication', *Behaviour Research and Therapy* 17: 405–8.

Cawley, R. H. (1974) 'Psychotherapy and obsessional disorders', in H. R. Beech (ed.) *Obsessional States*, London: Methuen.

Chiocca, E. A. and Martuza, R. L. (1990) 'Neurosurgical therapy of obsessive-compulsive disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd edn*, Chicago: Year Book Medical Publications.

Cobb, J. (1992) 'Serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: What is their therapeutic role?', in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Practical Problems in Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Cobb, J. and Kelly, D. (1990) 'Psychosurgery: Is it ever justified?', in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Dilemmas and Difficulties in the Management of Psychiatric Patients*, Oxford: Oxford University Press.

Crook, J. O. and Charney, D. L. (1982) 'A new technique for treating obsessions: paradoxical practice with cassette recorder', in R. L. Du Ponty (ed.) *Phobia*, New York: Brunner/Mazel.

Daniels, L. K. (1976) 'An extension of thought-stopping in the treatment of obsessional thinking', *Behavior Therapy* 7: 131.

de Silva, D. (1978) 'Behaviour therapy for obsessional neurosis', *Nursing Mirror* 146: 15–17.

de Silva, P. (1986) 'Obsessional-compulsive imagery', *Behaviour Research and Therapy* 24: 333–50.

de Silva, P. and Rachman, S. (1992) *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, Oxford: Oxford University Press.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G. and Kwee, K. (1977) 'Obsessional ruminations: a comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination', *Behaviour Research and Therapy* 15: 441–4.

Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. and Scholing, A. (1992) *Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide*, Chichester: Wiley.

Eysenck, H. J. (1952) 'The effects of psychotherapy: An evaluation', *Journal of Consulting Psychology* 16: 319–24.

Farkas, G. M. and Beck, S. (1981) 'Exposure and response prevention of morbid ruminations and compulsive avoidance', *Behaviour Research and Therapy* 19: 257–61.

Fenichel, O. (1946) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, London: Kegan Paul.

Foa, E. B. (1979) 'Failure in treating obsessive-compulsives', *Behaviour Research and Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Goldstein, A. (1978) 'Continuous exposure and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behavior Therapy* 9: 821–9.

Foa, E. B. and Steketee, G. (1979) 'Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification, Vol. 8*, New York: Academic Press.

Foa, E. B. and Tillmanns, A. (1980) 'The treatment of obsessive-compulsive neurosis', in A. Goldstein and E. B. Foa (eds) *Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide*, New York: Wiley.

Foa, E. B. and Wilson, R. (1991) *S.T.O.P. Obsessing: How to Overcome Your Obsessions and Compulsions*, New York: Bantam Books.

Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M. and Fischer, S. C. (1980) 'Effects of imaginal exposure in feared disasters in obsessive-compulsive disorders', *Behaviour Research and Therapy* 18: 449–55.

Foa, E. B., Grayson, J. B. and Steketee, G. (1982) 'Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives', in J. Boulougouris (ed.) *Learning Theory Approaches to Psychiatry*, New York: Wiley.

Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. and Latimer, P. R. (1983) 'Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 287–97.

Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B. and Doppelt, H. G. (1982) 'Treatment of obsessive-compulsives: Where do we fail?' in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Foa, E. B., Steketee, G. S. and Ozarow, B. J. (1985) 'Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment', in M. Mavissakalian, S. M. Turner and L. Michelson (eds) *Obsessive-Compulsive Disorder: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Plenum Press.

Furst, J. B. and Cooper, A. (1970) 'Failure of systematic desensitization in two cases of obsessional-compulsive neurosis marked by fear of insecticide', *Behaviour Research and Therapy* 8: 203–6.

Goodman, W. K., McDougle, C. J. and Price, L. H. (1992) 'Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53 (4 supplement): 29–37.

Greist, J. H. (1989) *Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide*, Madison, Wis.: Anxiety Disorders Centre.

Greist, J. H. (1992) 'An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53 (4 supplement): 38–41.

Gurnani, P. D. and Vaughan, M. (1981) 'Changes in frequency and distress during prolonged repetition of obsessional thoughts', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 79–81.

Hackman, A. and McClean, C. (1975) 'A comparison of flooding and thought-stopping treatment', *Behaviour Research and Therapy* 13: 263–9.

Hoogduin, G. A. C. and Hoogduin, W. A. (1984) 'The out-patient treatment of patients with obsessive-compulsive disorder', *Behaviour Research and Therapy* 22: 455–9.

Insel, T. R. (1990) 'New pharmacologic approaches to obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (10 supplement): 47–51.

Jenike, M. A. (1990) 'Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd Edition*, Chicago: Year Book Medical Publications.

Kenny, F. T., Solyom, L. and Solyom, C. (1973) 'Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis', *Behavior Therapy* 4: 448–57.

Kirk, J. W. (1983) 'Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice', *Behaviour Research and Therapy* 21: 57–62.

Kosslyn, S. (1980) *Image and Mind*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Likierman, H. and Rachman, S. (1980) 'Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects', *Behaviour Research and Therapy* 18: 387–94.

Likierman, H. and Rachman, S. (1982) 'Obsessional ruminations: An experimental investigation of thought-stopping and habituation training', *Behavioural Psychotherapy* 10: 324–38.

McFall, M. E. and Wollersheim, J. P. (1979) 'Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment', *Cognitive Therapy and Research* 3: 333–48.

Mahoney, M. J. (1971) 'The self-management of covert behavior: a case study', *Behavior Therapy* 2: 575–8.

Maier, N. R. F. (1949) *Frustration*, New York: McGraw-Hill.

Maier, N. R. F. and Klee, J. B. (1945) 'Studies of abnormal behavior in the rat XVII: Guidance versus trial and error in the alteration of habits and fixation ...

Marks, I. M. (1978) *Living With Fear*, New York: McGraw-Hill.
Marks, I. M., Hodgson, R. and Rachman, S. (1975) 'Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by *in vivo* exposure', *British Journal of Psychiatry* 127: 349–64.
Meyer, V. (1966) 'Modification of expectations in cases with obsessional rituals', *Behaviour Research and Therapy* 4: 273–80.
Meyer, V., Levy, R. and Schnurer, A. (1974) 'The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders', in H. R. Beech (ed.) *Obsessional States*, London: Methuen.
Minichiello, W. E. (1990) 'Clinical case examples of behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder', in M. A. Jenike, L. Baer and W. E. Minichiello (eds) *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd Edn*, Chicago: Year Book Medical Publications.
Nay, W. R. (1979) *Multimethod Clinical Assessment*, New York: Gardner Press.
O'Callaghan, M. A. J. and Carroll, D. (1982) *Psychosurgery: A Scientific Analysis*, Lancaster: MTP Press.
Paquin, M. J. (1979) 'The treatment of obsessive compulsions by information feedback: A new application of a standard behavioral procedure', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16: 292–6.
Parkinson, L. and Rachman, S. (1980) 'Are intrusive thoughts subject to habituation?' *Behaviour Research and Therapy* 18: 409–18.
Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J. and Murphy, D. L. (1988) 'Return of symptoms after discontinuation of domipramine in patients with obsessive-compulsive disorder', *American Journal of Psychiatry* 145: 1521–5.
Queiroz, I. O., Motta, M. A., Madi, M. B., Sissai, D. L. and Boren, J. J. (1981) 'A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related therapeutic procedures', *Behaviour Research and Therapy* 19: 377–88.
Rachman, S. (1971) 'Obsessional ruminations', *Behaviour Research and Therapy* 9: 229–35.
Rachman, S. (1974) 'Primary obsessional slowness', *Behaviour Research and Therapy* 12: 9–18.
Rachman, S. (1976) 'The modification of obsessions: A new formulation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 437–43.
Rachman, S. (1978) 'An anatomy of obsessions', *Behaviour Analysis and Modification* 2: 253–78.
Rachman, S. (1980) 'Psycho-surgical treatment of obsessional-compulsive disorders', in E. S. Valenstein (ed.) *The Psychosurgery Debate*, San Francisco: W. H. Freeman.
Rachman, S. (1982) 'Obsessional-compulsive disorders', in A. S. Bellack, M. Hersen and A. G. Kazdin (eds) *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, New York: Plenum Press.
Rachman, S. and Hodgson, R. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Rachman, S. and Wilson, G. T. (1981) *The Effects of Psychological Therapy*, New York: Pergamon.
Rachman, S., de Silva, P. and Roper, G. (1976) 'The spontaneous decay of compulsive urges', *Behaviour Research and Therapy* 14: 445–53.
Rachman, S., Hodgson, R. and Marks, I. (1971) 'The treatment of chronic obsessional neurosis', *Behaviour Research and Therapy* 9: 237–47.
Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G. and Stern, R. (1979) 'The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders, with and without clomipromine', *Behaviour Research and Therapy* 17: 467–78.
Salkovskis, P. M. and Warwick, H. M. C. (1988) 'Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder', in C. Perris, L. M. Blackburn and H. Perris (eds) *The Theory and Practice of Cognitive Therapy*, Heidelberg: Springer.
Salkovskis, P. M. and Westbrook, D. (1989) 'Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success?' *Behaviour Research and Therapy* 27: 149–60.

Slater, E. and Roth, M. (1969) *Clinical Psychiatry* (3rd edn of W. Meyer-Gross, E. Slater and M. Roth's *Clinical Psychiatry*), London: Balliere, Tindall & Cassell.
Solyom, L. (1969) 'A case of obsessive neurosis treated by aversion relief', *Canadian Psychiatric Association Journal* 14: 523–626.
Steketee, G., Foa, E. B. and Grayson, J. B. (1982) 'Recent advances in the behavioural treatment of obsessive-compulsives', *Archives of General Psychiatry* 39: 1365–71.
Stern, R. (1970) 'Treatment of a case of obsessional neurosis using thought-stopping technique', *British Journal of Psychiatry* 117: 441–2.
Stern, R. S. (1978) 'Obsessive thoughts: The problem of therapy', *British Journal of Psychiatry* 133: 200–5.
Sturgis, E. T. and Meyer, V. (1981) 'Obsessive-compulsive disorders', in S. M. Turner, R. S. Calhoun and H. E. Adams, (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, New York: Wiley.
Tryon, G. S. (1979) 'A review and critique of thought-stopping research', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 10: 189–92.
Turner, S. M. and Beidel, D. C. (1988) *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: Pergamon.
Turner, S. M., Hersen, M., Bellack, A. S. and Wells, K. C. (1973) 'Behavioral treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behaviour Research and Therapy* 17: 95–106.
Turner, S. M., Holzman, A. and Jacob, R. B. (1983) 'Treatment of compulsive looking by imaginal thought-stopping', *Behavior Modification* 7: 576–89.
Tynes, L. L., Salins, C., Skiba, W. and Winstead, D. K. (1992) 'A psycho- educational and support group for obsessive-compulsive disorder patients and their significant others', *Comprehensive Psychiatry* 33: 197–201.
Van Noppen, B. L., Rasmussen, S. A., Eisen, J. and McCartney, L. A. (1991) 'A multifamily group approach as an adjunct to treatment of obsessive-compulsive disorder', in M. T. Pabo and J. Zohar (eds) *Current Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*, Washington DC: American Psychiatric Press.
Vingoe, F. J. (1980) 'The treatment of a chronic obsessive condition via reinforcement contingent upon success in response prevention', *Behaviour Research and Therapy* 18: 212–17.
Vogel, W., Peterson, L. E. and Broverman, I. K. (1982) 'A modification of Rachman's habituation technique for treatment of obsessive-compulsive disorder', *Behaviour Research and Therapy* 20: 101–4.
Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.
Wolpe, J. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon.